

『インターライ方式看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』出版記念セミナー ここから始める!看取りケアの職員研修 ～より良い看取りケアのために～

2025年3月1日オンライン開催

ダイヤ高齢社会研究財団 研究部 主任研究員 佐々木 晶世



ダイヤニュース115号の「財団研究紹介」にて紹介したように、『インターライ方式看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』（以下PC版）が医学書院から出版され、出版記念公開セミナーを開催2025年3月1日にオンラインにて開催いたしました。冒頭、インターライ日本の池上直己理事長から、「看取り場面では痛みや呼吸苦、不安などに対応する必要があり、本書を活用して看取り時に適切に対応できるようになってほしい。看取り時の対応はその他の対応にも活かせる」と挨拶がありました。筆者からは本書の紹介を、パネルディスカッションでは、現場で看取りの対応を行っている3名の職員の方をお迎えし、東洋大学の高野龍昭先生にコーディネートしていただき、本書のケアへの活用についてパネルディスカッションを行いました。今回のDia Reportではセミナーの様子の一部をご紹介します。

◆アセスメントツールの紹介◆

ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員 佐々木 晶世

出版にあたり翻訳を担当しました佐々木からはアセスメントツールの紹介をさせていただきます。図1, 2は本書の目次です。第1章にはアセスメントの利用に際しての使用方法やアセスメント表が掲載されています。第2章にはアセスメントの記入要綱と呼ばれる、アセスメントの方法の具体的な説明が書かれています。A基本情報からQアセスメント情報ま

で続きます。第3章はCAPと呼ばれるケア指針が8つ紹介されています。CAPは諸外国の文献などから看取り期の利用者のよく起こり、また、利用者に影響を与える課題で、これまでに対応方法についてのガイドラインがほとんどなかった課題が取り上げられています。アセスメントとCAPで下線部のある項目は、PC版独自の項目になっています。

次にアセスメントの使い方について説明します(図3)。まず、アセスメント表を用いて利用者の状態を把握します。把握した問題を検討するためのケア指針(CAP)を確認します。CAPを選定するのがCAP選定表です。図3の水色の枠は本書に含まれる部分を示しますので、本書にケアプランそのものは載っていませんが、CAPで示された方向性を個々の利用者様へのプランに反映していきます。

本書の内容(続き)

第2章 アセスメント表の記入要綱 (続き)	第3章 CAP(ケア指針)
I. 心理社会的幸福	CAPの使い方
J. 機能状態	CAP1 せん妄
K. 失禁	CAP2 呼吸困難
L. 薬剤	CAP3 疲労感
M. 治療とケアプログラム	CAP4 気分
N. 意思決定権と事前指示	CAP5 栄養
O. 支援状況	CAP6 痛み
P. 終了	CAP7 褥瘡
Q. アセスメント情報	CAP8 睡眠障害

下線は看取りケア版独自

図2 『インターライ方式看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』の目次②

看取りケア版の内容(目次)

第1章 アセスメントの利用に際して	第2章 アセスメント表の記入要綱
/はじめに	A. 基本情報
/アセスメントの基本原則	B. 相談受付表
/本書の使用方法	C. 健康状態
/インターライ方式看取りケアのためのアセスメント表	D. 栄養状態
/CAP選定表	E. 皮膚の状態
	F. 認知
	G. コミュニケーション
	H. 気分と行動



図1 『インターライ方式看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』の目次①

ケアプラン作成への活用の実例



図3 アセスメントの使い方

アセスメントは、標準的な3日間の利用者の状態をみる、というルールがあります。アセスメントのタイミングも、看取り期に入るという医師の判断があるときのみならず、入居時や、肺炎などで一時的に入院しておりその後退院して施設に戻ってきた際などにも活用できます。繰り返しアセスメントすることで、利用者やその家族の揺れ動く気持ちをその都度確認することができます。

具体的な設問として、「F4せん妄の兆候」には「F4a注意がそらされやすい」を含む4つの設問があり、アセスメント表の中にはその選択肢のみが示されています(0. 行動はない, 1. 行動はあるが、それは普段と同じである, 2. 行動があり、普段の様子と違う: 新たに出現した、悪化した、数週間前とは違うなど)。アセスメントの際には、慣れるまで、アセスメント表だけでなく、記入要綱を読みながら実施します。記入要綱には、アセスメントの目的や言葉の説明、どういった場合にどの選択肢を選ぶかといったことが詳細に書かれています。「本人、または本人を知る人に、過去3年間にこれらの行動に気づいたか尋ねる」とありますので、施設ですと、介護職の方が把握されていると思います。在宅であれば、ケアマネジャーが情報を取りまとめることになると思いますので、ご家族に様子を伺うか、訪問スタッフに確認する必要があるかもしれません。

CAP選定表には、左側にアセスメント項目とどの選択肢を選ぶと該当するかの基準が書かれており、右側のCAPがありますので、どの設問が当てはまるとどのCAPに対応するかが選べるようになっています。たとえば、F4aからF4c (図4)のうち、どれか一つの回答が水色の「あるがいつも通り」「行動がありいつもと違う」、あるいは「F5精神状態の急な変化」が「ある」のいずれか1つ以上当てはまる場合に、せん妄に課題があると判断します。そしてCAPのせん妄の内容を確認します。CAPには、問題と、その課題問題に対応する必要がある理由が書かれています。次に、全体のケア目標、

これはどのCAPにも複数あるのですが、例として挙げると、「せん妄の根本的な原因を明らかにし、適切な治療につなげる」などがあります。ガイドラインには、観察項目や症状への対応が書かれていて、たとえばその読み手だけが一人に対応する内容だけでなく、こういう症状があれば医師に報告しましょう、とか、在宅にも対応できるように、家族やケアスタッフにこういう指導をしましょう、などが書かれています。このCAPをもとに、ケアプランを立てていく、という流れです。

このように、誰が何をどうケアするか、対応するか、あるいは、この利用者にはこの対応は難しいね、とスタッフ間で確認するなど、カンファレンスでの話し合いの基本として活用可能で、ケアプランの方向性を多職種で話し合うための共通理解を助けるツールとなると考えています。

以上のことから、看取り研修で本書を活用いただくにあたっては、たとえば、実際の利用者様や過去に看取りを行った利用者様の事例などを用いて、実際にアセスメント表を使ってみていただくのが良いと思います。すでに看取りをご経験されている施設では、自分たちのケアの振り返りになりますし、看取りに不慣れなスタッフへの研修にもご活用いただけたと思います。また、CAP選定表にあるアセスメント項目をまずは評価してみて、選定されたCAPを読み合わせる、という使い方もあると思います。あるいは「本人のケア目標」など、その人の希望や考え方を尋ねる質問が複数ありますので、そのうちのいくつかを選んでいただくなどすることで、ご本人ご家族の意向を確認する際の面談で利用していただくこともできます。

このように、ダイヤ財団では、いまご提案したような内容で、アセスメントを実際に研修で使用していただく調査を予定しております。ご協力いただける施設や事業所を募集しておりますので、詳細を聞きたい、参加したいなどのご希望がありましたら、メールアドレス(qi@dia.or.jp)にご連絡いただければと思います。

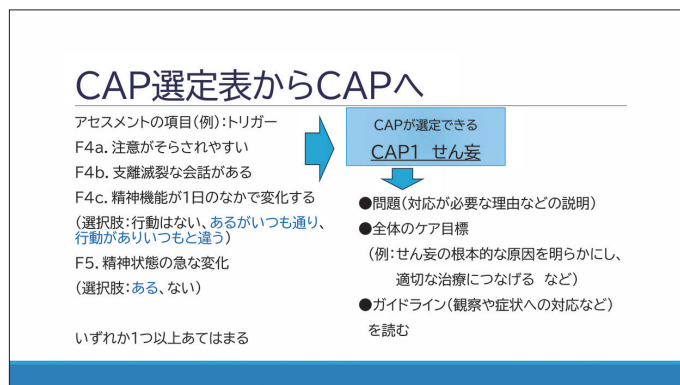


図4 CAP選定表からCAPまでの流れ



当日の様子 前列左から、高野氏、加藤氏、田中氏、小峯氏
 後列左から佐々木、土屋主任研究員(司会)

◆ パネルディスカッション ◆

コーディネーターからの問題提起

東洋大学福祉社会デザイン学部

教授 高野 龍昭氏

このパネルディスカッションでは、各施設の看取りについてご紹介いただきます。それぞれのご発言を受け、課題を伺いながら、その課題に本書、特にCAPが活用できるのではないか、と考えるようなやりとりを進めて参ります。なお、事前に資料を拝見しましたところ、どの施設でもハイレベルな看取りを行っていらっしゃるのことがわかりました。一方で、インターライ方式については初めてお聞きになると思いますので、本書の活用のヒントになればと思います。

最初に、問題提起として、看取りの現状についてお話いたします。死亡の場所についての統計資料では、2005年前後に病院での死亡割合が最多になって以降、老人ホームや介護老人保健施設・介護医療院での死亡割合が増えています。その要因の一つとして、介護報酬の看取り介護加算の拡充があります。特別養護老人ホームが対象とされて2006年に導入されて以降、色々な種類のサービスに徐々に加算対象や単位数が拡大しています。

看取り介護加算の条件にはいくつかありますが、現時点では看取りの「ケアの質」を担保する基準は見当たりません。また、介護報酬を算定する際の留意事項として、PDCAサイクルにより看取り介護を実施する体制を構築することや、看取り介護の各プロセスにおいて把握した入居者の意向と、それに基づくアセスメント及び対応について記録すること等は求められています。しかし、これらの具体的な手法やノウハウに関し、特段の規定はないため、看取り期の「ケアの質」の確保については、結局のところ、各施設（事業所）での取り組みに委ねられています。ここに、今回出版した“interRAI Assessment System Palliative Care”（注：原書のタイトル）の有用性・活用の必要性があると考えています。

私たちは、特に8つの「CAP」に着目しています。看取りケアの現場の課題を考えると、標準的かつ個別性の確保された看取りケアのためのガイドラインが必要です。このガイドラインにあたるのが本書の「CAP」です。私がケアマネジャーを対象とした研修でいつも使用するスライドをご参照ください（図5）。サービスの提供にあたって、一番大切なのはアセスメントです。このアセスメントは情報収集と分析の2つのプロセスから構成されています。介護でのアセスメントは、多くの場合は情報収集にとどまっていることも多いです。

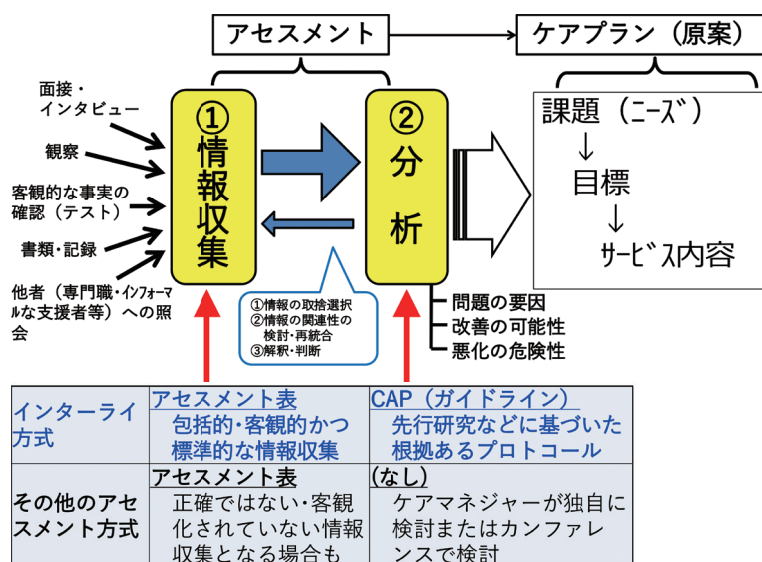


図5 情報収集と分析

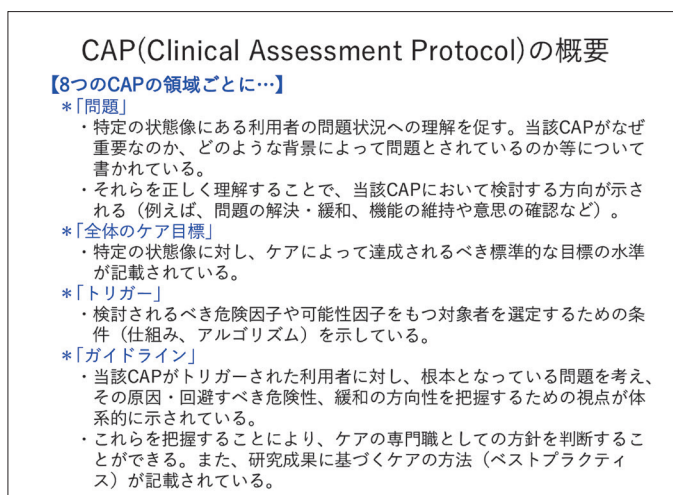


図6 CAPの概要

しかも、その情報収集も本人の話を聞くことに終始していることもあります。たとえば、嚥下の状態を確かめるためのテストをする必要があるかもしれません。医師や栄養士に照会しなくてはいけない情報もあるでしょう。その分析は、問題の原因・原因を考えて対処策を明らかにしていく過程です。インターライ方式の特徴は、アセスメント表が包括的・客観的かつ標準的な情報収集をするものとなっているとともに、分析のためのツールがCAPとして示され、いわゆるプロトコルとして設定されています。

先ほどから佐々木さんの説明でもありますCAPの正式名称はClinical Assessment Protocolです。8つの領域ごとに、「問題」「全体のケア目標」「トリガー」「ガイドライン」から構成されています（図6）。

今回のパネルディスカッションでは、看取りの介護において、新たにこれを活用することを提案し、看取り介護の質の向上を図ることができるのではないかと、聞きたいと思います。

◆パネリスト プレゼンテーション①◆

特別養護老人ホーム陽光の園 施設長 加藤 馨氏

私たちの施設は箱根の麓にあり、40年にわたって運営しております。平成27年より看取り介護加算を開始し、年々施設で亡くなる方が増え、現在では8～9割の方を施設で看取らせていただいています。これはスタッフの頑張りと同時に、病院ではなく自然な死を、という本人とご家族のご希望と、社会的な風潮によるものと考えています。

看取りをどういう形で行うかということで、専門職（医師、看護師、相談員、栄養士、介護職）で協力して行っていますが、どうしても各職種の強い思いで必ずしも全ての事例が丸く収まるわけではありません。数か月前に看取りを開始した利用者の例を紹介します。看取り期当初は食事が摂取できなくなっているので家族からの差し入れなど希望のものを、という方針でしたが、少し食べられるようになった際に、介護職は引き続きご本人の食べたいものを、栄養士はソフト食を、看護職は本人希望の食事による誤嚥や塩分等が心配、等各職種の思いがぶつかりました。カンファレンスを重ね、最終的には、ご本人の希望する食事を食べる機会を作ることができ、大往生となりましたが、各職種の思いの集約の難しさを感じた事例でした。

◆パネリスト プレゼンテーション②◆

特別養護老人ホーム博水の郷 看護師 田中 良明氏

私はこれまでに2カ所の特別養護老人ホームで看護課長を務めて参りました。現在の施設では、入所時から看取り期までを複数の段階に分け、それぞれの段階に応じた支援を行っています。特に大切にしているのは、看取り期に入る前からご本人とご家族とじっくりと話し合う時間を持つことです。看取りの時期は予測が難しいからこそ、日頃から丁寧に情報提供を重ね、実際にその時を迎える際には、ご家族が主体的に選択できるよう支援しています。

看取り期に入られてからは、身体的な苦痛の緩和はもちろん、精神的な安寧も重視し、医療、食事、排泄、精神的な関わりなど、多角的な視点からケアプランを作成しています。以前、嚥下が困難になったものの、お酒をこよなく愛されていた利用者様がいらっしゃいました。ご家族様に協力のもとお酒のゼリーをつくっていただき、少量だけ舌の上にのせて香りや風味を楽しんでいただきました。このように、私たちは一人ひとりの状態や意向に寄り添ったケアを大切にしています。

一方で、施設での看取りにはいくつかの課題も存在します。例えば、苦痛を和らげるための高度な医療処置が必要になった場合の連携や、意思疎通が難しい認知症の方への

より細やかなケアなどです。これらの課題に対し、私たちは常に学びを深め、より質の高い看取りを提供できるよう努めていく必要があると考えます。

◆パネリスト プレゼンテーション③◆

アライブメディケア サービス室室長 小峯 一城氏

私どもの介護付き老人ホームは1999年に開設し、1棟40名規模の小規模な運営を11拠点で行っています。25年間の、弊社の看取りケアの変遷についてご紹介します。

開設当初は、職員の思いだけで、家族の一員のような関わりを行っていました。その後、理論を用いた取り組みを行った時期もありましたが、職員間の価値観が割れ、ケアに葛藤が残るような状態でした。具体的には、がん末期の方の、飲水制限などの医学的に必要なケア、食べたいというご本人の意向、食べてしまうと症状がでて辛いというQOLの視点、家族やスタッフの思いそれぞれの思いが違う状態があり、迷いながらの介護となっていました。

最近では、改めて倫理や尊厳の考えを深める活動を職員全体で実施し、学び直しを始めています。また、ご家族とともに、ご本人の尊厳について考える活動も行っています。介護付きホームの弊社でも看取りを強化する必要性があり、病院とは違い生活の制限がないことの中でのより良いケアを行って参りたいと思います。

◆終わりに◆

パネルディスカッションでは、各パネリストの発表で挙げられた課題に対し、具体的に本書のCAP（栄養）の内容と照らし合わせながら、多職種カンファレンスや職員研修での活用法について話し合われました。特に、看取り期の利用者に対して行うべき対応が、ガイドラインとしてCAPに示されていることで、看護職や栄養士など、医療現場での経験がある職種にとって、生活の場での対応には大きな違いがあることの共通理解につながる事が示唆されました。

紙幅の制約等のため、全ての内容を紹介できなかったことをご了承ください。今後看取りケアに関する新たなテーマでのセミナーも予定しております。詳細が決定しましたら財団のホームページ等でご案内いたしますのでご参加をお待ちしております。

（ご登壇者の所属・肩書は2025年3月時点のものです）